

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Albert-Jacques-Robert LECHEVALLIER

Né le 11 septembre 1912, à Saint-Lô (Manche)
Ancien interne des Hôpitaux de Caen et de l'Hôpital L. Bellan

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DU

CANCER DE L'URÈTRE ANTÉRIEUR

CHEZ L'HOMME

Président : M. PIERRE DUVAL, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Albert-Jacques-Robert LECHEVALLIER

Né le 11 septembre 1912, à Saint-Lô (Manche)
Ancien interne des Hôpitaux de Caen et de l'Hôpital L. Bellan

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DU

CANCER DE L'URÈTRE ANTÉRIEUR

CHEZ L'HOMME

Président : M. PIERRE DUVAL, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HASARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LAVIER..... Parasitologie.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.
 GUÉNIOT Obs étrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS.... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie
 SCHWARTZ..... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL..... Obstétrique.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT (Pasteur).			
SÉZARY.			

MM.	
ÉCALLE.	} Clinique obstétricale.
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA SŒUR

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MONSIEUR ET MADAME BRION, MES BEAUX-PARENTS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

Professeur de clinique thérapeutique chirurgicale

Chirurgien de l'Hôpital Vaugirard

Commandeur de la Légion d'honneur

A MON JURY DE THÈSE

AU DOCTEUR R.-H. MARTIN

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien chef de clinique à la Faculté

*Dont les conseils m'ont toujours été
infiniment précieux ; hommage de gra-
titude et de parfait dévouement.*

A MADemoiselle LE DOCTEUR KOGAN

Ancien chef de laboratoire à la Faculté

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. DESBOUIS

Directeur de l'Ecole de Médecine de Caen

Hommage de reconnaissance.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE CAEN

DOCTEUR DESBOUIS

DOCTEUR M. GUIBÉ

DOCTEUR A. MORICE

DOCTEUR HISSARD

DOCTEUR P. GUIBÉ

A MONSIEUR LE DOCTEUR MONDAIN
Médecin-chef de l'Hôpital Léopold-Bellan

A MES MAITRES DE L'HOPITAL L.-BELLAN

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE DU CANCER DE L'URÈTRE ANTÉRIEUR CHEZ L'HOMME

INTRODUCTION

Au Congrès de la Société Française d'Urologie, en juin 1938, M. le Professeur MARION présentait dans son rapport quelques cas de cancers de l'urètre, d'après les observations communiquées par MM. R.-H. MARTIN et MALGRAS.

En outre, grâce à l'obligeance du D^r R.-H. MARTIN, ayant eu l'avantage d'observer en octobre 1938, à l'Hôpital Necker dans le Service du Professeur MARION, un cas de péri-urétrite chronique qui cliniquement paraissait en imposer pour un épithélioma de l'urètre, il nous a semblé qu'en raison de la grande rareté des cas, et de la difficulté du diagnostic de cette affection, il pourrait être intéressant de rechercher dans la littérature scientifique et dans les diverses publications, des cas semblables, de les réunir, et d'essayer de tirer de leur groupement une description aussi complète que possible de cet épithélioma.

HISTORIQUE

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître que la première observation du cancer de l'urètre fut publiée par THIAUDIÈRE en 1834 dans le *Bulletin Général de Thérapeutique*. Quelques années après, le *Dictionnaire de Médecine* en rapportait une observation due à RIBERI de Turin, mais l'attention du public médical n'était guère attirée sur cette question. FOLLIN et DUPLAY en 1888 pouvaient dire : « le cancer primitif de l'urètre (épithélioma) présente une rareté extrême et presque toujours, l'organe est envahi secondairement. » Cependant, les travaux commençaient à paraître sur cette question ; il faut citer en particulier la thèse de CARCY inspirée par BAZY sur « L'épithélioma primitif de l'urètre pré-membraneux ». Enfin, la thèse de MELVILLE WASSERMANN, faite à Necker dans le Service de Guyon en 1895, bénéficiait d'une abondante bibliographie étrangère et d'une documentation histologique soigneusement établie.

Depuis cette époque, le nombre des publications s'est beaucoup accru. En dehors des articles de traités tels que celui de LEGUEU dans son *Traité d'Urologie*, il faut citer principalement deux importantes revues générales parues l'une et l'autre dans la *Gazette des*

Hôpitaux, celle de SOUBEYRAN en 1904, et celle de TANTON en 1910 ; il faut encore signaler le travail de PREISWERK paru dans le *Zeitschrift für Urologie* en 1907, la thèse de SERPH écrite sous l'inspiration de BOURSIER en 1901 (Bordeaux), celle de MALAUSSÈNE (Montpellier, 1904), et un assez grand nombre de publications isolées, ayant paru soit aux Congrès d'Urologie, soit à la Société de Chirurgie, ou à la Société Anatomique. Parmi les publications parues aux divers Congrès d'Urologie, il faut mentionner le travail de R. WURMSER (1927), sur « L'épithélioma primitif de l'urètre périnéal chez l'homme ».

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'apparence macroscopique du cancer de l'urètre est celle de toute tumeur maligne ; envahissant primitivement la muqueuse, il s'étend promptement aux parois du canal, puis aux tissus du voisinage, verge et périnée. L'ulcération paraît se produire plus précocement du côté de l'urètre, mais lorsque la tumeur a acquis un développement suffisant, elle arrive aussi à détruire la peau et à faire une plaie extérieure.

La muqueuse de l'urètre est normale en avant de la lésion ; est profondément modifiée en arrière, par la dilatation due à la gêne de la miction, et aussi par l'envahissement néoplasique ; les fistules s'ouvrent en général en arrière de la tumeur, c'est au moins l'opinion formulée par les auteurs.

Histologiquement, le cancer de l'urètre affecte des formes quelque peu variées.

La forme histologique la plus fréquente est l'épithéliome pavimenteux baso-cellulaire, le plus souvent atypique et dyskératosique, qui se présente soit avec l'aspect lobulé, soit avec l'aspect tubulé (3 épithéliomas lobulés, contre 10 tubulés), les globes épidermiques sont rarement absents.

Il existe des cas se rattachant nettement aux car-

cinomes, avec stroma très délicat parfois réduit à un liseré très fin, cellules néoplasiques volumineuses, arrondies ou polygonales, quelquefois en raquettes.

On a trouvé aussi des sarcomes fuso-cellulaires, MARIACHESS en a publié un cas au Congrès d'Urologie en 1897. En ce qui concerne la structure des trajets fistuleux, il est classique, depuis WASSERMANN, de dire qu'ils sont tapissés d'un épithélium pavimenteux stratifié, continu toujours en haut avec l'épithélium urétral pathologique du même type, continu quelquefois en bas avec l'épiderme cutané ; cet épithélium semble proliférer en certains points et former des bourgeons pleins qui s'enfoncent profondément dans le tissu conjonctif jeune qui entoure le trajet.

Au point de vue propagation lymphatique, rappelons qu'anatomiquement les vaisseaux lymphatiques du gland, de l'urètre pénien, du corps spongieux et des corps caverneux se rendent à des collecteurs qui cheminent le long de la veine dorsale profonde ; les uns aboutissent aux ganglions inguinaux profonds, d'autres traversent le canal crural ou le canal inguinal et se jettent dans des ganglions iliaques externes rétro-cruaux (CUNÉO et MARCILLE). L'adénopathie est la règle dans le cancer de l'urètre ; elle est inguinale ou iliaque, sans spécialisation très précise, en ce sens que des cancers pénien ont pu provoquer après envahissement profond du reste, une hypertrophie des ganglions du bassin, tandis que des cancers périnéaux se sont accompagnés de ganglions inguinaux ; il semble qu'il soit nécessaire de faire un examen histo-

logique avant de se prononcer sur la nature de la lésion ganglionnaire ; on la voit quelquefois rétrocéder en effet, après ablation du foyer cancéreux. L'observation de DESNOS est très suggestive à ce point de vue : il fit un jour l'amputation d'un large épithélioma sanieux et saignant, avec une infinité de ganglions inguinaux et sus-pubiens ; il fut très étonné, non seulement de voir la plaie de la verge guérir parfaitement, mais d'assister à la disparition en quelques semaines, de tous les ganglions inguinaux, sauf d'un seul, sus-pubien, qu'il extirpa ultérieurement. Le malade demeura guéri quinze ans, et mourut tabétique.

Comme l'a signalé LÉON IMBERT, né fréquemment sur un vieux foyer inflammatoire, le cancer ne peut atteindre un certain développement, qu'en provoquant à son tour des réactions de voisinage, dont la nature inflammatoire est certaine ; fistules, abcès, etc. ; il en faut voir assurément la cause, dans les fonctions du canal de l'urètre et dans le voisinage de la tumeur avec l'urine ; ces combinaisons de néoplasme et d'inflammation se reproduisent jusque dans les ganglions dont les uns peuvent être cancéreux, alors que les autres sont seulement en voie de s'abcéder.

Les propagations du cancer de l'urètre ne se font pas seulement aux ganglions, elles s'étendent volontiers aux organes voisins : bulbe, glande de Méry, etc. On connaît la tendance du néoplasme à s'étendre en surface sur la muqueuse urétrale, soit d'avant en arrière, soit d'arrière en avant ; il n'est point rare de le voir de la sorte, déborder en avant sur la muqueuse

du gland, en arrière sur celle de la vessie, sur la prostate. KÜTTNER avait déjà insisté sur la propagation du cancer de l'urètre et de la verge en général, à l'intérieur des mailles du corps caverneux. Le malade de BINAUD et CHAVANNAZ avait un noyau prostatique gros comme une noix, un autre dans le corps caverneux gauche, et son testicule droit était franchement néoplasique ; celui de RÜPPRECHT qui, opéré de résection partielle de l'urètre, récidiva dans les ganglions inguinaux, quatre ans plus tard, sans récurrence locale, présentait à l'autopsie des noyaux métastatiques dans la prostate, dans les ganglions rétro-péritonéaux, et jusque dans les poumons. L'observation de GAYET est plus curieuse encore : son malade qui avait un cancer de la partie antérieure de la verge, présentait en outre des plaques cancéreuses dans la paroi vésicale, il avait de gros ganglions iliaques dégénérés, et la généralisation avait atteint l'épiploon, le mésentère, l'intestin et la rate.

Le cancer de l'urètre n'a point toujours l'allure relativement bénigne que devrait lui conférer sa nature d'épithéliome pavimenteux ; il est susceptible de généralisations hâtives et graves. Il semble important d'insister sur la fréquence des noyaux secondaires dans le testicule, conséquence selon IMBERT d'une lymphangite cancéreuse rétrograde.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° I

(*Journal d'Urologie*, septembre 1938,
par MM. MARTIN et MALGRAS, rapport de M. MARION).

M. G. M..., 51 ans, se présente à Necker le 1^{er} février 1938, pour une tuméfaction du périnée apparue progressivement depuis six mois et qu'il a découvert par hasard.

Actuellement cette tuméfaction, qui est d'ailleurs à peu près indolore, atteint le volume d'un poing. Elle est périoforme, plus saillante en arrière où elle s'arrête à 1 cm. de l'anus, qu'en avant où elle atteint l'angle péno-scrotal. La verge apparaît tuméfiée, demi-rigide et plaquée contre la paroi abdominale. Latéralement, la tumeur longe les branches ischio-pubiennes dont on la sépare difficilement. Le tout est absolument immobile et semble faire corps avec l'urètre périnéal dans toute son étendue. La consistance est parfois ligneuse, la surface est légèrement mamelonnée. Des veines de circulation collatérale sillonnent la verge et le scrotum étalé sur la masse, les testicules se trouvant écartées par elle.

Le toucher rectal découvre d'autre part un bloc dur, de volume d'une orange, dans lequel il est impossible d'identifier les lobes prostatiques. Cette masse n'a du reste

aucune continuité avec la masse périnéale. Elle a tous les caractères d'un cancer de la prostate.

Pas de ganglions dans les régions iliaque ou inguinale. Malgré ce fait, les autres symptômes prouvent qu'il s'agit bien d'une tumeur de nature maligne. Chose curieuse, ce malade ne présente aucun phénomène urinaire important, aucune dysurie, d'ailleurs l'exploration du canal le montre libre.

Malgré qu'un Wassermann ait été négatif, on soumet le malade au traitement spécifique, sans résultat du reste.

Le malade sort de l'hôpital à la fin de mai.

Il y rentre le 10 juin. La masse a encore augmenté de volume et la miction se fait par regorgement, la vessie apparaît saillante au-dessus du pubis. Cette fois, il est impossible de passer même une filiforme dans le canal.

L'état général décline rapidement, et il est probable que d'ici peu la terminaison fatale aura lieu.

OBSERVATION N° II

(*Journal d'Urologie*, septembre 1938,

par MM. MARTIN et MALGRAS, rapport de M. MARION).

Homme âgé de 65 ans. Entre dans le Service pour une tuméfaction du périnée, située au voisinage de l'anus, un peu à gauche de la ligne médiane, de la dimension d'une petite noix. On fait le diagnostic de cowpérite. A l'exploration, une sonde bécuille n° 36 passe sans difficulté.

Toucher rectal : rien d'anormal.

A l'intervention, on est surpris de ne pas trouver d'abcès, mais une masse ligneuse, mal limitée, intéressant

les tissus péri-urétraux. De proche en proche, on parvient à extirper une masse du volume d'une mandarine, centrée par l'urètre que l'on doit réséquer. Après cette ablation, on repère très nettement le bulbe urétral en avant, la prostate en arrière, d'aspect normal, ce qui permet d'éliminer d'emblée le point de départ prostatique de cette masse soupçonnée néoplasique. L'examen histologique montre qu'il s'agit bien d'un épithélioma à globe corné, donc urétral.

OBSERVATION N° III

(*Journal d'Urologie*, septembre 1938,
par MM. MARTIN et MALGRAS, rapport de M. MARION).

Malade âgé de 60 ans, entre dans le Service pour une tuméfaction périnéale. Il y a cinq mois que le malade a constaté qu'il existait au niveau du périnée, une petite grosseur indolente qui a progressé très lentement. Actuellement, il s'agit d'une tuméfaction dure, d'une dureté ligneuse, bosselée, faisant corps avec l'urètre, s'étendant dans la région périnéale, depuis l'anus jusqu'à la racine de la verge. A la partie inférieure droite de la tuméfaction, existe un bourgeon violacé qui est sur le point d'ulcérer la peau.

Le malade est un peu gêné pour uriner. Du reste, quand on explore son canal, on reconnaît qu'il existe un rétrécissement très long qui ne laisse passer que des sondes n° 24.

Au toucher rectal, il n'existe absolument rien du côté de la prostate. Le malade a été opéré il y a seize ans à l'Hôpital Lariboisière par taille pour un polype vésical.

Deux ans après, il a subi une fulguration pour récidence de polype, et, depuis cette époque il était resté absolument guéri.

OBSERVATION N° IV

(Due à M. le Professeur MARION,
d'après R. WURSMER. *Journal d'Urologie*, déc. 1927).

M..., 37 ans, entre le 3 janvier 1927, dans le Service de M. MARION pour une tuméfaction périnéale située en avant d'une fistule.

Le malade avait eu en 1916, une blennorragie traitée par grands lavages et Santal.

En 1920, il avait remarqué, sans autre symptôme, une diminution du volume de son jet. Il ne souffrait pas. Il n'avait constaté ni hématurie, ni adénopathie ; l'urètre était absolument sec.

En octobre 1926, ayant fait jusque-là son dur métier de camionneur, sans incident urinaire, le malade voit apparaître une petite tuméfaction périnéale de la grosseur d'une noisette sur la ligne médiane.

Le diagnostic d'abcès urineux est porté à Saint-Joseph, et une incision est faite qui ne donne pas lieu à un écoulement notable au dire du sujet.

Par la suite, une fistule persiste au lieu de l'incision, et n'est modifiée ni par une urétrotomie interne, ni par les dilatations poussées jusqu'au n° 44. Mais alors, apparaît le matin un petit écoulement blanchâtre, avec léger suintement dans la journée ; une légère adénopathie se manifeste à l'aîne gauche.

Le 3 janvier 1927, à l'arrivée dans le Service Civiale, on constate à la région scrotale, en avant de la fistule, une tuméfaction du volume d'un œuf de pigeon faisant corps avec l'urètre.

Par la fistule passe la presque totalité de l'urine.

Le 15 janvier, M. MARION intervient sous anesthésie générale à l'éther : incision périnéale, extirpation d'un bloc de tissu infiltré autour de la fistule urétrale; sonde à demeure.

Le 1^{er} mars, on incise un abcès formé au niveau de la première opération, et on prélève un fragment de tissu infiltré.

L'examen anatomo-pathologique est pratiqué :

« On observe dans cette préparation la variété typique d'épithélioma malpighien à globes cornés. D'énormes boyaux ou travées épithéliales pénètrent en tout sens, séparés par un tissu conjonctif lâche. Au sein même de ces boyaux cellulaires, on voit des masses sphériques en bulbe d'oignon qui sont les globes cornés ou globes épidermiques » (Mlle le D^r KOGAN).

Par la suite, nous constatons une extension de bourgeons néoplasiques en surface, en profondeur, et à la périphérie. Le malade est inopérable.

La lésion s'étend de plus en plus, les bourgeons sont recouverts de pus fétide ; le malade se cachectise rapidement et décède le 3 mai 1927.

OBSERVATION N° V.

(Publiée par le Dr MICHON,
Congrès Français d'Urologie, octobre 1920).

Dans cette observation présentée au Congrès Français d'Urologie en octobre 1920, il s'agit dit le Dr MICHON d'un épithélioma de l'urètre périnéo-bulbaire, sans rétrécissement antérieur accentué, et sans fistules urinaires.

Le nommé D..., âgé de 52 ans, entre le 21 avril 1920 à l'Hôpital Beaujon pour un œdème volumineux des bourses avec tuméfaction périnéale ; les mictions sont extrêmement difficiles et douloureuses ; la température est de 38°4, tous ces accidents ont mis six à sept jours à évoluer. Le diagnostic posé est celui d'infiltration d'urine au cours d'un rétrécissement, et une longue incision est faite sur le périnée, entamant le scrotum en avant. On est surpris, au cours de cette incision, de ne pas tomber sur un foyer para-urétral habituel ; la plaie est tamponnée. A la suite, la température redevient normale, les mictions se font par la plaie opératoire, l'œdème diminue, et tous les accidents aigus rétrocedent.

Au bout de quinze jours, on pense à pratiquer une urétrotomie interne, mais toutes les tentatives d'introduction de bougies filiformes échouent ; ces tentatives sont renouvelées tous les deux ou trois jours jusqu'au 19 mai, et toujours sans succès. Si bien que l'urétrotomie externe est décidée ; au cours de l'agrandissement de l'incision périnéale pour rechercher l'urètre, on constate au lieu des callosités habituelles, des masses friables et saignantes,

nettement d'aspect néoplasique ; et il est manifeste qu'une émasculatation totale permettra seule l'ablation de cette tumeur.

Cette émasculatation fut pratiquée le 26 mai, après cystostomie sus-pubienne préalable ; elle consista dans l'ablation de la verge, du scrotum, des testicules, des corps caverneux et de l'urètre qui fut sectionné au ras de l'aponévrose moyenne. Le périnée fut évidé aussi complètement que possible, les deux corps caverneux enlevés en totalité, en ayant soin de gratter avec le bistouri les branches ischio-pubiennes ; il fut difficile d'abaisser l'urètre membraneux à la peau qui fut invaginée dans la profondeur.

L'opération se fit en somme assez facilement avec cependant une hémorragie assez abondante. On eut recours à la rachianesthésie avec 0,07 de novocaïne.

Sauf le premier jour, où le malade fut très affaibli, les suites opératoires semblent devoir être simples, lorsque le malade mourut subitement d'embolie le sixième jour.

L'histoire clinique avait donc été celle d'un rétrécissement compliqué d'infiltration. Cependant, quelques détails devaient attirer l'attention. Le passé urinaire de ce malade était bien silencieux, on notait seulement une courte blennorragie datant de trente ans, et n'ayant donné lieu à aucun accident ; les troubles de la miction étaient récents, l'urètre pénien ne présentait pas d'anneau, et cependant, il était impossible de faire franchir à une sonde, même filiforme, l'urètre périnéal, et ses tentatives amenaient toujours une urétrorragie marquée.

Etant donné l'œdème de toute la région, l'ablation du

scrotum et des testicules s'imposaient, et c'était bien l'émasculatation totale que l'on devait pratiquer. Je me proposais de faire ultérieurement l'ablation bi-latérale des ganglions inguinaux.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit de masses bourgeonnantes, friables, atteignant le volume d'un œuf, remplissant le périnée, et ayant complètement envahi le tissu érectile du bulbe et une partie du corps spongieux de l'urètre scrotal. Par contre, l'urètre pénien est absolument sain, et ne présente pas même de rétrécissement ; de même l'urètre membraneux n'est pas envahi. Dans la partie postérieure des corps caverneux, il existe un certain nombre de petites nodules blanchâtres ayant la taille d'un grain de chènevis ; au niveau du gland et du pénis, le tissu spongieux a l'aspect absolument normal ; les testicules et les épидидymes ne présentent aucune lésion.

En résumé, le néoplasme est limité à l'urètre périnéo-scrotal, dont toutes les parois ont été envahies, puis dépassées ; quelques nodules disséminés à distance, évoluent dans la partie des corps caverneux tenant aux branches ischio-pubiennes.

M. MAUTÉ a bien voulu pratiquer l'examen histologique de la tumeur. Elle est disposée en lobules arrondis ou polyédriques ; chaque lobule est formé de cellules polyédriques atypiques de volume très variable suivant le point considéré ; on voit de place en place des figures de noyaux géants, et d'assez nombreuses karyokynèses. Certains lobules sont pleins de cellules bien colorées, d'autres présentent au centre des cavités remplies de sang ou de cel-

lules dégénérées ; le stroma, formé de tissu conjonctif et de vaisseaux est presque partout infiltré de cellules rondes et dissociées par des hémorragies.

En somme, il s'agit d'un épithélioma pavimenteux atypique de l'urètre.

OBSERVATION N° VI

(Due à SOUBEYRAN, Thèse de M. MALAUSSÈNE,
Montpellier, 1904).

J. P..., âgé de 64 ans, berger, entre dans le Service du Professeur TÉDENAT, le 6 février 1902, pour une tumeur de la verge. C'est un sujet robuste, qui n'a eu ni blennorragie, ni syphilis ; il est marié, père de 9 enfants, et avoue des habitudes de masturbation, avec des objets tel que pailles introduites dans le méat. La maladie qui l'amène a commencé il y a deux ans par de la gêne à la miction, de petites douleurs au passage de l'urine, et la sensation d'un corps étranger dans le canal.

Une induration avec tuméfaction du pénis est apparue quelques mois après, et s'est accrue lentement, sans cependant apporter de troubles fonctionnels considérables ; quelquefois, le malade a émis quelques gouttes de sang au début de la miction.

Mais, voici que depuis deux mois, la tumeur s'est accrue, amenant un volume considérable de l'organe, et déterminant du phimosis, car le malade affirma qu'il avait jusqu'alors toujours pu découvrir facilement le gland ; des douleurs spontanées à caractère sourd sont également apparues ; cependant, il a peu souffert jusqu'à il y a un mois.

Depuis ce temps, il ressent des élancements très vifs au niveau du gland, la miction s'est toujours bien effectuée ; jamais de rétention d'urine. Il y a quinze jours, il a eu une assez forte hématurie, et depuis lors, il pisser fréquemment quelques gouttes de sang après la miction.

Le malade n'a pas maigri, ses divers appareils fonctionnent normalement ; ses artères sont dures et sinueuses.

Au niveau de l'extrémité antérieure du pénis, on trouve une tuméfaction qui donne à l'organe la forme d'une massue, ou d'un battant de cloche ; le prépuce est volumineux et œdématié, violacé, il est plissé transversalement ; à la palpation, il est dur, rigide, incapable de revenir en arrière. Le gland est tuméfié, rouge sombre, son sommet seul reste découvert ; le méat est largement fendu, vertical, son pôle inférieur est ulcéré. Entre le prépuce et le gland, se trouve une cavité infectée, d'où coule à la pression un pus horriblement fétide ; des sécrétions venues de l'urètre s'écoulent également par le méat.

La verge est très augmentée de volume ; elle est très dure et uniformément tuméfiée dans ses deux tiers antérieurs ; elle est lisse, aucune trace de fistule. On sent dans les deux aines, surtout à droite, des ganglions assez peu volumineux. Le périnée et le scrotum sont normaux. Au point de vue fonctionnel, on note que la miction n'est pas fréquente, la projection du jet est diminuée, et son calibre est rétréci ; la miction est douloureuse, l'urine passant sur une surface ulcérée.

Opération : 15 février.

Amputation de la verge au niveau du scrotum, suture des corps caverneux au catgut ; M. TÉDENAT divise l'urètre

en deux lèvres et suture les téguments à ces lèvres avec du crin ; sonde à demeure, le 23, on retire la sonde et on enlève les fils ; le 1^{er} mars, le malade sort avec un excellent résultat.

Examen macroscopique : Les lésions les plus intéressantes siègent au niveau du canal de l'urètre, ce dernier est envahi au niveau de la base du gland, sur une étendue de 4 cm. environ ; à ce niveau, il n'y a plus trace de la paroi urétrale, le canal se confond avec les parties voisines et l'on voit une série de granulations irrégulièrement distribuées, empiétant sur le prépuce. Ce tissu néoplasique est rouge sombre ; il baigne dans un liquide sanieux, parfois sanguinolent ; de petites cavités sont semées çà et là. La lumière du canal détruite et rétrécie, était cependant perméable, puisque l'urine s'écoulait facilement.

En avant, la portion balanique du canal est conservée et paraît saine, elle est longue de 1 cm. 1/2. En arrière, le canal se dilate rapidement, un ressaut brusque marque la transition. Cette dilatation est due à la stase de l'urine en amont d'un point rétréci. Sa muqueuse paraît souple, elle est congestionnée ; le tissu érectile des corps spongieux et caverneux est épaissi, dur et infiltré.

Examen histologique (dû au Professeur Bosc) : le canal de l'urètre a été coupé transversalement ; fixation par le liquide de Müller, inclusion dans la paraffine, coupes transversales perpendiculaires au grand axe de la verge ; coloration par l'éosine. Epithélioma pavimenteux tubulé, avec quelques globes épidermiques.

OBSERVATION N° VII

(Thèse de WASSERMANN, Paris 1895).

Ch..., 49 ans, entre à la Salle Velpeau, le 21 novembre 1893. Première blennorragie il y a vingt-cinq ans ; deuxième, il y a vingt-deux ans ; début des symptômes de rétrécissement à cette époque.

En 1874, incision et drainage d'un premier abcès.

De 1884 à 1889, le malade se sonde lui-même, et a successivement plusieurs abcès périnéaux ouverts spontanément.

Dilatation sans urétrotomie en 1889, à l'Hôpital de la Pitié.

En 1893, les symptômes de cystite s'accroissent, le malade entre à la clinique de NECKER.

Rétrécissements multiples, et induration périnéale. Le canal admet une bougie n° 4 ; urétrotomie interne le 1^{er} décembre 1893. Le malade succombe vingt-deux jours après l'opération à des lésions urétéro-rénales avancées.

A l'autopsie : l'urètre antérieur est sain, paraît rétréci, blanc, cicatriciel dans la région bulbaire antérieure. La région bulbaire postérieure est le siège d'une grande ulcération déchiquetée, sans caractères particuliers ; il s'y ouvre l'orifice d'une fistule périnéale.

Examen histologique : 1° Région spongieuse antérieure.

Epithélium pavimenteux, stratifié, non corné, pas très épais, conservé seulement en quelques points ; sclérose sous-épithéliale fibro-élastique nette ; pas d'infiltration embryonnaire récente. Quelques glandes légèrement dilatées avec légères lésions de péri-adénite.

Près de la surface urétrale, coupe d'une cavité tapissée d'un épithélium pavimenteux stratifié, en partie desquamé (lacune de MORGAGNI) ;

2° Région spongieuse postérieure.

C'est le siège du point rétréci. L'orifice urétral est petit, béant, assez régulièrement arrondi, au milieu d'un bulbe peu diminué de volume. La sclérose bulbaire est cependant avancée, et quelques aréoles seulement restent perméables.

L'épithélium pavimenteux, stratifié, non corné, est formé de dix à quinze assises de cellules polygonales, non dentelées. On note également l'endartérite des grosses artères du corps spongieux.

3° Région sus-bulbaire, en avant de l'ulcération.

L'urètre est en forme de fente transversale, il est entouré d'une zone de tissu fibreux, pur, dense, serré. La cavité urétrale est tapissée d'un épithélium pavimenteux stratifié, non corné, très épais (15 à 20 couches) reposant sur un derme papillaire.

4° Région membraneuse ulcérée.

L'urètre est très dilaté ; la paroi inférieure est le siège d'une grande ulcération détruisant toute la muqueuse, et dont le fond est formé par du tissu embryonnaire avec des îlots nécrotiques ; la muqueuse est conservée en quelques points seulement de la paroi supérieure. L'épithélium urétral conservé est pavimenteux, stratifié, très épais, non corné, à derme papillaire.

Il existe une sclérose péri-urétrale circulaire, non totale ; il faut également signaler quelques glandes dilatées avec péri-adénite.

ÉTIOLOGIE

WASSERMANN rapportant la grande statistique des hôpitaux de Vienne, publiée vers 1890, nous apprend que les archives de LONGENBECK ne mentionnait pas 1 seul cas de tumeur de l'urètre sur plus de 100.000 malades, dont 5.407 étaient des hommes atteints de tumeur. Sachant la confiance que l'on peut accorder à ces énormes statistiques auxquelles nos voisins sont si attachés, il est permis de penser que les cas de cancer de l'urètre chez l'homme ont été méconnus.

L'âge moyen du malade est l'âge ordinaire du cancéreux ; cependant nous trouvons plusieurs fois la néoplasie à un âge très jeune. LEGUEU relève d'après ENGLISH 18 cas entre 40 et 50 ans ; 16 cas entre 50 et 60 ans ; 9 cas entre 60 et 70 ans. TANTON fixe le maximum de fréquence entre 50 ans et 60 ans.

La circonstance étiologique qui nous semble la plus importante, est sans conteste, l'existence d'une affection antérieure de l'urètre et souvent les symptômes de tumeur ont été précédés de ceux de rétrécissement accompagnés fréquemment de péri-urétrite ; il faut admettre que chez l'homme, l'inflammation antérieure est une cause prédisposante. LEGUEU retrouve la blennorrhagie dans 41 pour 100 des cas, et il pense

qu'une plaque de leucoplasie peut être ici comme ailleurs, l'intermédiaire entre l'inflammation et la tumeur. Pour les cas réunis par IMBERT, la proportion des blennorrhagies antérieures dépasse 60 % des cas.

Il n'est pas impossible aussi, que les menus polypes que l'on observe parfois dans l'urètre de l'homme, soient susceptibles de subir une transformation maligne. Le malade de SOUBEYRAN avait l'habitude de s'introduire dans l'urètre des objets tels que pailles..., tiges..., etc., et il est fort possible que les traumatismes en résultant, aient eu une influence prédisposante.

Enfin EDELMANN, au dire de LEGUEU, aurait observé 2 cas de cancers de l'urètre chez des hommes qui paraissaient les avoir contractés au cours du coït avec des femmes atteintes de cancers génitaux.

Le siège du cancer de l'urètre chez l'homme est assez variable ; il peut atteindre les diverses parties du canal ; il faut à ce point de vue diviser les tumeurs en deux catégories suivant leur point de départ :

- 1^o Les unes naissent de l'urètre le plus antérieur, et plus spécialement de l'urètre balanique ; leur diagnostic pourra être assez précoce en raison de la facilité relative de l'exploration ;
 - 2^o Les autres occupent primitivement la région périnéale ; leur évolution sera naturellement plus insidieuse, et leur diagnostic beaucoup plus tardif.
-

ÉTUDE CLINIQUE

Au point de vue clinique, il nous semble important de distinguer deux grands types parmi les cancers de l'urètre :

- 1^o les cancers à évolution urétrale, qui se manifestent souvent assez précocement par des urétrorragies ;
- 2^o les cancers à évolution excentrique, péri-urétrale, qui se manifestent plus tardivement par une tumeur périnéale ou pénienne.

Les observations que nous venons de présenter nous permettent de dire que la période de début du cancer de l'urètre chez l'homme est d'observation difficile. On constate ordinairement des troubles de la miction ; mais, outre qu'ils n'ont généralement rien de bien caractéristique, ils se superposent à une symptomatologie de rétrécissement qui n'est pas faite pour faciliter le diagnostic. Or, les sténoses sont très fréquemment à la base du cancer, dont elles préparent en quelque sorte la formation ; il peut donc se faire non seulement qu'il y ait simultanément des deux affections, mais surtout, que le cancer succède au rétré-

cissement, et la période de transition est particulièrement difficile à observer.

Un certain nombre de malades signalent au début un écoulement, qui, lorsqu'il est seulement purulent, ne peut guère éveiller l'attention.

Les hématuries et les urétrorragies sont évidemment plus caractéristiques. L'urétroscope devrait rendre de précieux services, et cependant, parmi les cas relevés par IMBERT, il n'en est aucun où le diagnostic de début ait pu être posé par ce moyen d'exploration.

GÜNFELD, OBERLAENDER et BERKELEY ont pu cependant observer à l'exploration directe les phases précoces de la tumeur.

GRÜNFELD vit deux petites tumeurs polyformes un peu plus grosses que des grains de chènevis, dont une, implantée avec un petit pédicule sur une muqueuse bleuâtre, était d'une couleur blanc-jaunâtre ; une troisième petite néoformation siégeait dans la région du veru montanum ; elle remplissait tout l'urètre.

L'image endoscopique du cas d'OBERLAENDER montrait sur la paroi inférieure de l'urètre une cicatrice semi-lunaire, blanchâtre, derrière laquelle apparaissait la tumeur dont la forme était celle d'une framboise, d'un beau rouge, irrégulièrement^x mamelonnée à sa surface, et saignant légèrement.

Dans le cas de MARCH, l'examen urétroscopique révéla l'existence d'une masse polypeuse irrégulière, faisant le tour du canal.

En somme, il paraît indispensable de diviser dès le début le cancer de l'urètre en ses deux formes :

1^o L'une est d'un diagnostic relativement précoce, parce qu'elle occupe la partie antérieure du canal de l'urètre, et même la région du gland.

Dès les premiers troubles de la miction, dès les premières urétrorragies, le malade lui-même examine son canal : il trouve alors suivant les cas, soit une induration de la région balanique, avec ulcération facile à reconnaître en entr'ouvrant les lèvres du méat, ou même apparaissant directement à l'extérieur, soit un noyau généralement de petit volume, occupant la partie antérieure du canal, soit enfin une infiltration indurée plus ou moins étendue, mais facile à reconnaître ; les deux premiers modes de début sont d'un pronostic plus favorable que le troisième ; ce sont les cas qui ont donné les meilleurs résultats opératoires ;

2^o L'autre forme de début est beaucoup plus malaisée à dépister ; il s'agit alors d'un cancer de l'urètre postérieur, ou tout au moins périnéal ; le diagnostic est tardif.

On trouve alors parfois une infiltration du périnée, généralement douloureuse, et il est difficile de ne pas penser à une tumeur urineuse ; souvent, c'est un véritable abcès urinaire qui a marqué le début des troubles fonctionnels.

L'observation de MICHON est curieuse par son mode de début. Le malade fut pris brusquement d'œdème

aigu des bourses avec fièvre, tuméfaction périnéale, mictions difficiles et douloureuses ; au moment de l'entrée du malade, ces divers troubles ne remontaient qu'à six ou sept jours. On crut à une infiltration d'urine compliquant un rétrécissement, et on fit une longue incision périnéale qui ne donna pas de pus ; c'est seulement un mois après, l'urétrotomie interne ayant échoué par suite des difficultés de cathétérisme, qu'une incision d'urétrotomie externe montra des masses friables et saignantes, d'aspect nettement néoplasique : on doit avec MICHON considérer ce fait comme un cas d'épithélioma primitif.

On peut conclure de ce qui précède, qu'il est exceptionnel d'observer à son début un cancer de l'urètre : c'est seulement lorsqu'il a pris un développement assez considérable que l'on en fait le plus souvent le diagnostic.

— L'urétroscopie qui donne peu de renseignements au début, n'est plus guère de mise à la période d'état, parce que d'une part, l'exploration directe révèle l'existence de la tumeur, et que d'autre part, le tube urétroscopique déterminerait sans doute des hématuries qui rendraient l'observation impossible.

— Nous n'avons pas l'expérience de l'urétrographie dans les cancers de l'urètre : il est certain qu'elle doit être de grand secours pour le diagnostic d'une lésion cancéreuse au début, alors que le canal est encore perméable et permet l'urétrographie.

— La tuméfaction est un signe de début assez caractéristique ; mais ici encore, il faut distinguer deux

formes suivant que l'on se trouve en présence d'un cancer de l'urètre antérieur, ou bien d'un cancer de l'urètre postérieur.

Dans le premier cas la verge est augmentée de volume, le renflement attire immédiatement l'attention, et il ne peut guère être confondu qu'avec celui que donne l'infiltration d'urine ; mais ce dernier est aigu et mou, tandis que le cancer est dur et que son accroissement ne saurait se faire en quelques jours. Dans la variété balanique on constate le renflement en massue qui est aussi celui du cancer du gland ; or, il arrive assez ordinairement que ce renflement a eu pour première conséquence la constitution d'un phimosis irréductible, et le diagnostic ne sera possible qu'après ouverture de ce phimosis.

Dans la forme postérieure, la tuméfaction occupe la région périnéale ; elle est également facile à constater, mais elle rappelle beaucoup l'infiltration périnéale chronique des vieux rétrécis.

— Les fistules accompagnent la tuméfaction tôt ou tard ; elles peuvent la précéder, il semble que dans leur production dominant les phénomènes de périurétrite ; ce sont des foyers suppurés qui s'ouvrent à l'extérieur et laissent écouler d'abord du pus et de l'urine, et plus tard des sécrétions néoplasiques ; c'est tardivement que ces fistules prennent franchement le caractère cancéreux. Elles peuvent occuper toutes les régions avoisinant le canal, mais les plus fréquentes siègent au périnée ; elles paraissent du reste avoir une tendance assez marquée à franchir les limites de

la région ; on les a rencontrées dans le voisinage de l'ischion, au pubis. La forme antérieure du cancer de l'urètre paraît se compliquer moins fréquemment de fistules que la forme postérieure ; elles ont cependant été notées sur toute l'étendue de la verge (IMBERT).

Les troubles de la miction rappellent trop souvent le rétrécissement de l'urètre ; cependant, les troubles douloureux semblent plus marqués dans le cancer que dans le rétrécissement ; en outre, les troubles de la miction oscillent de la simple fréquence à la rétention aiguë complète avec tous les intermédiaires ; la production d'une fistule a parfois pour conséquence de calmer cet état.

Les hématuries sont parfois les symptômes les plus fréquents, et surtout les plus caractéristiques ; d'après les observations les plus récentes, elles s'observent dans plus de la moitié des cas ; elles sont spontanées, mais se reproduisent encore plus facilement après des tentatives de cathétérisme.

Enfin, l'urine elle-même, renferme souvent du sang qu'elle recueille au passage dans le canal ; du reste, il est fréquent que la cystite vienne compliquer ce tableau (IMBERT).

Le sondage présente ordinairement de grandes difficultés ; l'extrémité de l'instrument pénètre en effet aisément dans les masses néoplasiques ramollies, on a la sensation que la sonde s'engage dans une cavité, sans qu'elle parvienne à trouver un débouché.

Le toucher rectal donne rarement des renseignements utiles ; cependant il arrive que le cancer

envahisse la prostate, et cette propagation assombrit encore le pronostic.

L'adénopathie dans le cancer de l'urètre chez l'homme est quelquefois présente, sans cependant être constante (adénopathie le plus souvent inguinale ou iliaque).

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de cancer de l'urètre chez l'homme, est un diagnostic très difficile :

- 1^o parce que l'on n'y pense pas, cette affection étant rare ;
- 2^o parce qu'il est très difficile de le distinguer de plusieurs autres affections avec lesquelles on pourrait facilement le confondre après un examen superficiel.

Nous voulons parler des rétrécissements de l'urètre, de la péri-urétrite inflammatoire, de l'abcès urinaire, de la tumeur urinaire, du cancer des glandes de Cooper, du cancer des glandes de Méry, de la tuberculose de l'urètre, du chancre syphilitique, et de la syphilis tertiaire ulcéro-gommeuse en général péri-urétrale.

A. *Le rétrécissement de l'urètre.* — En examinant la verge d'un malade porteur d'un néoplasme, nous trouvons souvent une induration assez étendue du canal ; la palpation de l'urètre donne l'impression d'un bout de sonde resté dans le canal. Le rétrécissement blennorrhagique n'est jamais aussi développé,

de plus, il est d'habitude multiple, et cède souvent aux interventions thérapeutiques ; la dilatation doit forcément rester inefficace dans les strictures d'origine néoplasique,

Rappelons que l'exploration de l'urètre épithéliomateuse avec une sonde provoque souvent des hémorragies ; l'instrument arrive sur un obstacle qu'en règle générale on peut franchir assez facilement, et souvent après avoir franchi l'endroit serré, le bec de la sonde tombe dans une cavité rétro-stricturale ; ce symptôme est très important pour le diagnostic ; nous ne le trouvons dans aucune autre affection urétrale.

B. *La péri-urétrite inflammatoire banale.* — La péri-urétrite inflammatoire banale est difficile à distinguer du cancer ; la première est beaucoup plus fréquente, elle survient il est vrai chez des rétrécis, mais le cancer rétrécit lui aussi le canal ; la péri-urétrite donne une tuméfaction moins dure, plus douloureuse quelquefois fébrile ; mais parfois, elle peut prendre l'aspect d'une tuméfaction dure, indolore, à évolution chronique, et c'est dans ce cas là surtout que le diagnostic peut être très difficile (cela rappelle un peu les difficultés qui existent pour établir le diagnostic entre le cancer de la prostate et la prostatite chronique).

Nous avons eu l'occasion d'observer à l'Hôpital Necker un cas de péri-urétrite chronique, qui cliniquement semblait en imposer pour un épithélioma.

Il s'agissait d'un malade âgé de 87 ans, entré à l'Hôpital Necker, Salle Velpeau, le 6 octobre 1938, pour œdème con-

sidérable de la verge ; survenu progressivement en une quinzaine de jours, cet œdème a débuté circulairement au niveau de la racine de la verge, puis s'est peu à peu étendu, atteignant une longueur de 5 cm. En plus de l'induration du canal, la palpation de l'urètre donnait l'impression d'un bout de sonde resté dans le canal. D'autre part, il faut signaler un écoulement urétral dans lequel on a trouvé quelques colibacilles à Gram négatif ; la température qui était normale à l'arrivée, augmenta pour prendre un type irrégulier dont le maximum fut 38°5.

Rien au toucher rectal.

Les antécédents du malade nous ont appris qu'il a présenté à l'âge de 27 ans, une blennorragie, puis à l'âge de 60 ans, un rétrécissement l'obligeant à se sonder quotidiennement (actuellement n^{os} 22, 24).

Seul un examen biopsique pratiqué sur un noyau de la face dorsale de la verge, a montré sur la coupe qu'il ne s'agissait pas d'un épithélioma, mais de lésions purement inflammatoires.

Chez ce malade, nous avons pu également pratiquer une urétrographie qui montrait un rétrécissement du canal et de nombreuses irrégularités dans ses parois, mais, ce n'était pas elle, qui permettait de trancher le diagnostic entre la péri-urétrite et le néoplasme.

C. *L'abcès urineux*. — Il est lui d'un diagnostic plus facile, parce qu'il se présente sous l'aspect d'une tuméfaction à évolution plus ou moins aiguë, tendue, douloureuse et fébrile, et il survient toujours chez des rétrécis.

D. *La tumeur urineuse.* — Elle est au contraire d'un diagnostic beaucoup plus difficile ; c'est une tuméfaction dure, quelquefois à peine douloureuse, non fébrile, qui survient chez des rétrécis ; elle est fréquente, et en fait c'est à elle que l'on pense presque toujours en présence d'une tumeur périnéale à évolution chronique ; ce n'est que l'évolution ou quelquefois l'intervention qui feront le diagnostic.

E. *Le cancer des glandes de Cooper.* — Il ne donne des symptômes de rétrécissement que lorsqu'il a atteint une certaine grosseur, et le cathétérisme reste presque toujours possible.

F. *Le cancer des glandes de Méry.* — Il forme une tumeur circonscrite, située en dehors de l'urètre, tandis que l'épithélioma urétral se présente à la palpation comme une infiltration diffuse des parois du canal.

G. *La tuberculose de l'urètre.* — Elle peut s'accompagner de troubles fonctionnels, de rétrécissement et de fistulisation ; mais il est exceptionnel qu'elle soit la première manifestation de la bacillose sur l'appareil urinaire.

H. *Le chancre syphilitique.* — avec ses antécédents, ses caractères spéciaux, son adénopathie satellite, l'examen microscopique le mettra facilement en évidence.

I. *La syphilis tertiaire ulcéro-gommeuse, en général péri-urétrale.* Elle est décelée par la recherche des antécédents et démontrée par un traitement d'épreuve.

En résumé, le diagnostic de cancer de l'urètre antérieur, surtout lorsqu'il est à évolution urétrale, est le seul qui soit d'un diagnostic relativement facile.

Celui au contraire de l'urètre postérieur, à évolution excentrique, qui peut se présenter sous la forme d'une tumeur périnéale est beaucoup plus difficile, et dans la pratique, c'est presque toujours le diagnostic de tumeur urineuse ou de péri-urétrite chronique qui est porté à un premier examen, et ce sont le plus souvent l'évolution et l'examen biopsique qui font le diagnostic.

PRONOSTIC

Il est superflu sans doute de signaler l'extrême gravité du cancer de l'urètre.

Il faut signaler cependant que, d'après les statistiques, la grande majorité des malades opérés et guéris étaient atteints de cancer de l'urètre pénien ; au contraire, en ce qui concerne ceux qui avaient un cancer périnéal, ou bien ils ont succombé rapidement, ou bien les observations ne mentionnent pas de résultat éloigné.

La mort, dans un délai moyen de six mois à un an, est l'aboutissement forcé du néoplasme urétral abandonné à lui-même ; la mort survient par infection urineuse, par cachexie, ou du fait de métastases

CONCLUSIONS

1° *L'éphélioma* primitif de l'urètre antérieur chez l'homme est une affection très rare ; depuis 1895, date à laquelle WASSERMANN fit sa thèse sur ce sujet, nous n'en avons collationné que trente cas environ.

2° La lésion cancéreuse initiale semble siéger plus souvent sur la portion périnéale de l'urètre que sur la portion pénienne.

3° Du point de vue histologique, c'est dans la plus grande majorité des cas un épithélioma pavimenteux lobulé.

4° Les rétrécissements inflammatoires banaux et les traumatismes paraissent parfois créer un terrain favorable au développement du néoplasme.

5° Le diagnostic de cancer de l'urètre est très difficile à poser dans la période de début ; toutes les lésions inflammatoires péri-urétrales chroniques peuvent en imposer pour un néoplasme, et c'est souvent au cours de l'intervention que l'on est amené à faire le diagnostic, en raison de l'aspect néoplasique des lésions.

Il apparaît cependant que les tumeurs à siège pénien d'une part, et celles à évolution muqueuse d'autre

part, sont de diagnostic moins difficile que les tumeurs à siège périnéal, ou à évolution excentrique péri-urétrale, les premières, en effet, donnent lieu à des urétrorragies, symptôme important qui peut manquer dans les secondes. L'urétrographie peut être appelée à rendre de grands services dans le diagnostic précoce des cancers de l'urètre.

Vu : Le Président de la thèse,
P. DUVAL.

Vu : Le Doyen.
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- AUVRAY. — Epithélioma primitif de l'urètre (*Société Anatomique*, 1904, p. 841).
- BARAY. — Epithélioma primitif de l'urètre pré-membraneux (*Thèse*).
- DESNOS. — Communications personnelles (*Encyclopédie Française d'Urologie*).
- GAYET. — Cancer de l'urètre (*Lyon Médical*, 1901, p. 513).
- GRÜNFELD. — Résultats d'urétroscopie (*Encyclopédie Française d'Urologie*, t. 5).
- IMBERT (L.). — Néoplasmes de l'urètre (*Encyclopédie Française d'Urologie*, 1922, t. 5, p. 739).
- LAVENANT. — Epithélioma primitif de l'urètre (*Société Anatomique*, 21 déc. 1904).
- LECÈNE. — Epithélioma primitif de l'urètre (*Société Anatomique*, 2 juin 1905).
- LEGUEU. — Epithélioma de l'urètre (*Médecine Moderne*, 1904, p. 313).
- LEROUELLE. — Epithélioma de l'urètre (*Thèse Montpellier*, 1904).
- MALAUSSÈNE. — Epithélioma primitif de l'urètre (*Thèse Montpellier*, 1904).
- MARIACHESS. — Formes histologiques du cancer de l'urètre (*Congrès d'Urologie*, 1897).
- MARTIN et MALGRAS. — Observations publiées le 20 juin 1938 à la Société Française d'Urologie (*Journal d'Urologie*, t. 16, sept. 1938).
- MÉNARD. — Cancer primitif de l'urètre pénien (*Société Anatomique*, 10 avril 1910).

MICHON. — Epithélioma primitif de l'urètre balanique (*Congrès d'Urologie*, 1912).

— Epithélioma primitif de l'urètre (*Congrès d'Urologie*, 1920).

OBERLAENDER. — Weitere Beiträge zum Carcinoma der Uretra.

OLIVIER et CLUNET. — Epithélioma de l'urètre (*Société Anatomique*, 13 déc. 1907).

PEACOCK. — Epithélioma primitif de l'urètre pénien (*Brit. M. J.*, 1910, p. 138).

PLATT. — A case of Primary Epithélioma of the Urethra (*Méd. Chron.*, 1906, p. 94).

PREISWERK. — Cancer de l'urètre (*Zeitschrift für Urologie*, 1907).

SOUBEYRAN. — Epithélioma primitif de la portion pénienne de l'urètre (*Soc. Anat.*, 1902).

— Epithélioma primitif de l'urètre chez l'homme (*Gaz. des Hôp.*, 1903, p. 118).

TANTON. — Epithélioma de l'urètre chez l'homme (*Revue générale, Gaz. des Hôp.*, 1910, p. 125).

THIAUDIÈRE. — Cancer primitif de l'urètre (*Bulletin général de Thérapeut.*, 1834).

TIZON. — Cancer primitif du méat urétral chez l'homme (*Thèse Paris*, 1913).

WASSERMANN. — Epithélioma primitif de l'urètre (*Thèse Paris*, 1895).

WURMSER. — Epithélioma primitif de l'urètre périnéal chez l'homme (*Journat d'Urologie*, déc. 1927).

3109. — Imp. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 2-1939.
